UEBER EINEN FALL

VON

MILZ- UND MAGENKREBS

IM KINDESALTER.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

ALFRED SCHEFFER,

APPR. ARZT, ASSISTENT DER KINDERCLINIK IN STRASSBURG I. E.

DRUCK VON B. G. TEUBNER IN LEIPZIG.

1880.

37

UEBER EINEN FALL

VON

MILZ- UND MAGENKREBS

IM KINDESALTER.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

ALFRED SCHEFFER,

APPR. ARZT, ASSISTENT DER KINDERCLINIK IN STRASSBURG I. E.

DRUCK VON B. G. TEUBNER IN LEIPZIG.

1880.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Kussmaul.**

Nach den Statistiken von Herrich und Popp[2]), Tanchou[3]), Walshe[4]), Marc d'Espine[5]), Virchow[6]), Rokitansky[7]), Brinton[8]), Willigk[9]), Wyss[10]), Lange[11]) macht der Magenkrebs im Durchschnitt $^1/_3$ aller primären Krebse aus, und ist das männliche Geschlecht vorzugsweise davon betroffen.

Neben den genannten Autoren haben sich noch Lebert[12]), Brinton[13]), Dittrich[14]), Ott[15]), Riechert[16]) bemüht, durch specielle Tabellen festzustellen, welches Lebensalter am meisten dem Magenkrebs ausgesetzt sei. Während Alle darin übereinstimmen, dass zwischen dem 5. und 7. Decennium circa die Hälfte aller Magenkrebse zur Beobachtung vorkommt, geben die Einen dem 5., die Anderen dem 6. Decennium in Bezug auf das häufigste Vorkommen desselben die Priorität. Alle sind darin wieder einig, dass vor dem 30. Jahre die Erkrankung eine Seltenheit sei.

So finden wir beim Durchblättern der verschiedenen Lehrbücher über Kinderkrankheiten nichts über den Magenkrebs. Steiner und Neureutter[17]) allein sagen über denselben:

---

1) Aus der Kinderklinik in Strassburg i/E.

2) Untersuch. über die am häufigsten vorkomm Fremdbild. am menschl. Körper, 1841. 3) Recherches sur le traitement des tumeurs cancéreuses du rein. Paris, 1844. 4) Nature and traitement of Cancer. London, 1846. 5) Annales d'hygiène. Paris, 1847. 6) Virchow's Archiv 1856. 7) Handb. der path. Anat. 1846. 8) British and foreign medico-chirurgical Review, 1857. 9) Prager Viertelj. 1853. 10) Blätter für Gesundheitspflege. Zürich 1872—1874. 11) Ueber den Magenkrebs und seine Metastasen. Berlin, 1877. 12) Archiv der physiol. Heilk. 1849. 13) Krankheiten des Magens v. Dr. Bauer a. d. E. übersetzt 1842. 14) Prager Viertelj. 1848. 15) Zur Pathologie des Magencarcinoms. Zürich, 1867. 16) Ueber den Magenkrebs. Berlin, 1872.

17) Prager Viertelj. 1866. S. 77.

„Zieht man eine Parallele zwischen den Magenkrankheiten der Kinder und der Erwachsenen, so stellt sich als ein beneidenswerther Vorzug des kindlichen Magens die Thatsache heraus, dass bösartige, das Leben bedrohende Neubildungen fast gar nicht vorkommen".

Der von Kaulich[1]) citirte Fall von einem Gallertkrebse fast aller Unterleibsorgane, darunter auch des Magens bei einem 1½jährigen Kinde (ob es sich um einen primären Magenkrebs handelt, wird nicht angegeben) bleibt als Unicum im ersten Decennium.

Ebenso verhält es sich im zweiten Decennium, da bis jetzt der Fall Dittrichs[2]) von einem Magenkrebse bei einem 19jährigen Mädchen der einzige ist, welchen wir in der Literatur auffinden konnten. Nähere Angaben, ob dieser Krebs primärer oder secundärer Natur sei, fehlen überdies.

Obwohl endlich im dritten Decennium die Zahl reicher ist, so ist es doch auffallend, wie die Procentzahl nach den einzelnen Statistiken wechselt:

So fand Köhler[3]) den Magenkrebs unter 319 Fällen 2mal, Ott auf 444 Fälle 8mal, Lange auf 147 Fälle 8mal, Riechert unter 70 Fällen 3mal und Cannstatt auf 70 Fälle 5mal.

Nehmen wir eine durchschnittliche Procentzahl, so finden wir, dass im 3. Decennium dieselbe circa 2% ausmacht.

Die Diagnostik des Magenkrebses bietet, trotz der zahlreichen Forschungen in diesem Punkte, öfters erhebliche Schwierigkeiten. Zuweilen verläuft der Magenkrebs ohne ausgesprochene Symptome. Das Erbrechen fehlt während der ganzen Dauer der Krankheit oder wird nur selten beobachtet (Andral[4]), Valleix[5]), Lebert u. A.). In anderen Fällen ist es der Mangel eines nachweisbaren Tumors, der hinsichtlich der Diagnose Zweifel aufkommen lässt und endlich kann auch der Sitz des Tumors die Differentialdiagnose ungemein erschweren.

Durch einen Fall von primärem Magenkrebs mit secundärer krebsiger Zerstörung der Milz, der auf der hiesigen Kinderklinik des Herrn Prof. Dr. Kohts vorkam, soll nun die Casuistik der Magenkrebse im Kindesalter vermehrt werden; zugleich aber dürften bei dem eigenthümlichen klinischen Verlauf die Schwierigkeiten hervortreten, welche gerade bei der differentiellen Diagnose zwischen dem primären Magenkrebse und dem primären Milzkrebse sich geltend machen.

1) Prager medic. Wochenschrift 1864.
2) Prager Vierteljahrschr. 1848.
3) Krebs u. Scheinkrebs, 1853.
4) Clinique médicale T. IV.
5) Guide du médecin praticien 1876.

Krankengeschichte.

Anamnese: Baumer, Michel, 14 Jahre alt, Holzschuhmacherlehrling, wurde am 2. Mai 1877 in die hiesige Kinderklinik aufgenommen. Die Anamnese ergiebt nur spärliche Daten: Patient, uneheliches Kind, von seiner Mutter seit einigen Jahren verlassen, wurde von Seiten des Waisenhauses in ein von Strassburg weit entlegenes Dorf versetzt, um dort ein Handwerk zu erlernen.

P. giebt an, dass er früher stets gesund, niemals Grund zu besonderen Klagen gehabt hätte. Seit 9 Wochen fühle er sich krank und schiebt einer Erkältung seine jetzige Erkrankung zu. Der Knabe macht ziemlich verworrene Angaben und widerspricht sich oft. Er will seit seiner Krankheit stets Schmerzen in der linken Seite gehabt haben; gleichzeitig stellte sich Appetitlosigkeit ein und er konnte die Nacht vor Schmerzen nicht ordentlich schlafen. Beschwerden von Seiten der Respirationsorgane, wie Schmerzen, Husten etc. wurden nicht geäussert.

Bei seiner Aufnahme betrug die Temperatur Abends 38,2, der Puls war etwas beschleunigt 126, die Respirationsfrequenz 28 in der Minute.

Der am 3. Mai vorgenommene Status ergab folgendes:

P. macht einen äusserst elenden, heruntergekommenen Eindruck; die Gesichtfsarbe ist blass, mit einem Stich ins gelbliche; die Schleimhäute der Conjunctiven und Lippen abnorm anämisch; die Haut erscheint am ganzen Körper schmutzig gelblich, wie man es bei cachectischen Individuen findet; dieselbe ist trocken, fühlt sich spröde an und an den Extremitäten bemerkt man eine grosse Anzahl von abgestossenen Epidermisschüppchen; kein Oedem, kein Exanthem; auffallende Lymphdrüsenanschwellungen sind nirgends zu fühlen. Der Panniculus adiposus ist fast vollständig verschwunden, die Musculatur ist wenig entwickelt, der Knochenbau ziemlich grazil. Der Patient pflegt vorzugsweise die Rückenlage einzunehmen, ist jedoch im Stande dieselbe beliebig ohne besondere Beschwerden zu wechseln; die Hauttemperatur ist dem Gefühle nach nicht erhöht; der Puls 120, ist niedrig und von geringer Spannung. Der Gesichtsausdruck ist ein wenig stupide; das Sensorium ist frei; die subjectiven Klagen beziehen sich auf stechende Schmerzen in der linken Seite, sowie auf Appetit- und Schlaflosigkeit. Der Hals erscheint abnorm abgemagert, die Sternocleidomastoidei treten deutlich hervor. Die Respiration 24, costo-abdominell, vorherrschend costal; der Thorax erscheint etwas lang; die Intorcostalräume sind ziemlich breit; beide Seiten bewegen sich in den oberen Partien bei tieferen Inspirationen vollständig gleichmässig, dagegen macht es den Eindruck, als wenn die unteren Partien der linken Thoraxhälfte geringere Excursionen machten als die entsprechenden Partien der rechten Seite. Bei genauer Betrachtung ergiebt sich, dass die unteren Intercostalräume links breiter als rechts erscheinen und schon bei geringem Druck auf dieselben kann man eine beträchtliche Schmerzempfindlichkeit constatiren; die oberen Intercostalräume erscheinen im Vergleich zur rechten Seite ein klein wenig enger. Der Percussionsschall ist rechts vorn normal; die Leberdämpfung beginnt am oberen Rand der 6. Rippe, in der Axillarlinie an der 7. Rippe; eine Vergrösserung der Leber ist nicht vorhanden. Links bemerkt man sodann lebhafte Pulsationen im 2. Intercostalraum und ausserdem ondulatorische Pulsationen im 4. und 5. Intercostalraum innerhalb der Papillarlinie; links in der fossa infraclavicularis ist der Schall laut, voll und tief, in der Höhe der 3. Rippe erscheint er ein wenig gedämpft und leicht tympanitisch; unterhalb der 5. Rippe geht er in exquisit tympanitischen Schall über. Die Herzdämpfung bietet nichts abnormes. In der Axillarlinie ist der Schall links von der 6. Rippe an leicht gedämpft und tympanitisch; nach unten zu nimmt die

Dämpfung an Intensität zu und lässt sich bis zum Rippenrand verfolgen; rechts ist er laut, voll und tief. Das Athmungsgeräusch ist vorn beiderseits überall vesiculär; accidentelle Geräusche sind nicht wahrnehmbar.

Hinten rechts constatirt man bei der Percussion in der ganzen Ausdehnung der Lunge normalen Schall; links beginnt unterhalb der Spina scapulae eine geringe Dämpfung, dieselbe nimmt nach unten zu und wird auf der Höhe der 9. Rippe sogar absolut. Während man rechts hinten überall Vesiculäratbmen hört, erscheint das Athmungsgeräusch im Bereich der Dämpfung bei der Exspiration meist bronchial, unbestimmt bei der Inspiration. Der Fremitus ist in der Ausdehnung der Dämpfung nur ganz schwach vorhanden, während derselbe rechts normal ist.

Die Herztöne sind rein. — Die Zunge ist etwas blass, feucht, zeigt einen geringen Belag. Kein Erbrechen. — Das Abdomen erscheint in den oberen Partien etwas prominent und zwar tritt die linke Seite unterhalb des Rippenbogens etwa einer Handtellerbreite etwas mehr hervor, als die entsprechende rechte Seite. Während das Abdomen im Allgemeinen auf Druck nicht schmerzhaft ist und sich rechts und in den seitlichen Partien weich anfühlt, fällt entsprechend der Prominenz schon bei leichter Palpation eine ziemliche Schmerzhaftigkeit auf und man kann an der genannten Partie leicht eine ziemlich beträchtliche Resistenz constatiren. Bei genauerer Palpation dieser Stelle fühlt man einen Tumor von glatter Oberfläche, dessen vorderer Rand sich bis etwa $1^1/_2$ Cm. von der linea alba entfernt abgrenzen lässt und nach unten handbreit von der Spina ilei superior anterior entfernt bleibt; bei stärkerem Druck auf diesen Tumor äussert der Patient lebhafte Schmerzen und stöhnt und jammert noch geraume Zeit nach der Untersuchung.

Die Grenze dieses Tumors würde der vergrösserten Milz entsprechen.

Vor der vorderen Grenze, nach der Medianlinie zu und weiter rechts ist bei der Palpationspercussion ein deutliches Succussionsgeräusch wahrnehmbar.

Der Stuhlgang ist normal, von ziemlich fester Consistenz. Der Urin, 600 Ccm., zeigt eine schmutzige, gelbröthliche Farbe; das spec. Gewicht ist 1020; kein Albumen.

Die Untersuchung des Blutes ergiebt eine deutliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen derart, dass im Gesichtsfelde circa 20 zu sehen sind.

Ordo: Cataplasma auf die linke Seite; Chinawein; roborirende Diät.

In den nächsten Tagen bis zum 8. Mai schwankte die Temperatur Morgens zwischen 36,7 und 37,1, Abends zwischen 38,0 und 38,1; der Puls betrug 124 bis 132; die Respiration 24 bis 32. P. lag in der Regel ziemlich apathisch da; in der Schläfegegend und in der Achselhöhle konnte man ein wenig Schweiss constatiren; der Schlaf war schlecht, da P. fortwährend über lancinirende bohrende Schmerzen in der linken Seite klagte; die Schmerzen steigerten sich, sobald man einen gelinden Druck auf die linke Seite und auf den Tumor ausübte.

In den folgenden Tagen bis zum 13. Mai klagt der P. öfters über Kopfschmerzen; die Schmerzeu in der linken Seite verlassen ihn kaum einen Augenblick und er vermag ohne kleine Morphiuminjectionen nicht mehr zu schlafen; dabei ist der Appetit fast null, der Stuhlgang bietet nichts Abnormes, der Urin zeigt reichliche Urate, enthält kein Eiweiss.

Am 14. Mai erbrach Patient, zum ersten Male seit seiner Erkrankung, circa 4 bis 5 Esslöffel der genossenen Speisen und Rothwein ohne gallige Beimengungen.

In den folgenden Wochen wird das Fieber etwas höher; dasselbe hat einen unregelmässigen remittirenden Charakter und erreicht die Temperatur des Abends 39,2 bis 39,8; die Pulsfrequenz steigt bis 144;

die Respirationsfrequenz ist 32 in der Minute. Die Schmerzen in der linken Seite verlassen den Patienten eigentlich nie; der Appetit ist stets schlecht.

Am 23. Mai trat wiederum Erbrechen der genossenen Speisen ein. Unter dem Einflusse der mangelhaften Nahrungsaufnahme, der Schlaflosigkeit, der heftigen Schmerzen, sowie endlich des hektischen Fiebers magert der Patient zum Skelett ab; der Schwächezustand nimmt stetig zu, sodass P. sich kaum selbständig im Bett aufzurichten vermag.

Am 28. Abends trat ein stark dyspnoischer Anfall auf; P. konnte nicht im Bette liegen bleiben, liess sich auf den Bettrand setzen und klagte beständig über die heftigsten Schmerzen im linken Hypochondrium.

Ordo: Application von Senfpflastern vorn auf die Brust; Aether aceticus 15 Grm. und später Injectionen von Morphium muriaticum 0,01. Die dyspnoischen Anfälle wiederholten sich sodann im Laufe der nächsten Tage öfters. Das Fieber bestand in derselben Intensität und in derselben Unregelmässigkeit fort und die intensiven lancinirenden Schmerzen in der linken Seite gaben beständig Veranlassung zu Klagen.

Am 2. Juni stieg die Temperatur auf 40°; die Pulsfrequenz auf 144 und die Respirationsfrequenz auf 32. Der Patient macht einen ganz kachektischen Eindruck; er verweigert jegliche Nahrungsaufnahme und nimmt nur bei der bestehenden Uebelichkeit etwas Eis und Zuckerwasser mit Eis. Die physikalische Untersuchung des Thorax ergiebt in den hinteren unteren Partien eine Dämpfung, ebenso in den seitlichen Partien; von einer weiteren Untersuchung muss man bei der abnormen Hinfälligkeit des Patienten Abstand nehmen. Bei der von Dr. Raehlmann unternommenen ophthalmoskopischen Untersuchung stellt sich heraus, dass charakteristische Veränderungen der Retina, die etwa Leukämie entsprechen, nicht existiren; ebenso wenig lassen sich Miliartuberkel nachweisen.

Am 3. Juni beträgt die Temp. Morgens 39,6; Puls 172; Respiration 36. Abends 38,4; Puls 140; Respiration 28. — In der Nacht vom 3. Juni zum 4. Juni war der P. sehr unruhig; er hatte wenig geschlafen und wollte mehrere Male bei den heftigen Schmerzen und bei der sich einstellenden Dyspnoe aus dem Bette.

Die Gesichtszüge zeigen am 4. Juni äussersten Collaps; die Augen liegen tief; die Backenknochen treten stark hervor; die Nase ist spitz; dabei klagt P. über die heftigsten Schmerzen im linken Hypochondrium und über der Stelle des Tumors. Nachmittags circa 3 Uhr erbrach P. sodann dunkelrothe, zum Theil caffeesatzähnliche Massen und Stuhlgang und Urin werden unfreiwillig ins Bett gelassen. Unter rapider Zunahme des Collapses trat Abends 6 Uhr der Tod ein.

Die am 5. Juni von Herrn Prof. von Recklinghausen vorgenommene Section ergab folgendes:

Grosse Blässe des Schädels und der Dura; im Sinus longitudinalis superior speckhäutige Gerinnsel, an der Speckhaut nichts Besonderes. Dura feucht; an derselben leicht röthliche Streifen blutiger Imbibition; auch die Gefässe der Pia sehr schwach injicirt; leicht röthliche Flüssigkeit an der Basis. Ziemlich grosses Gehirn, namentlich grosse Hemisphären im Verhältniss zum Kleinhirn. An der Basis ist die Pia derb, besonders am Eingange zur fossa Sylvii; Gefässe normal; Seitenventrikel weit, relativ viel Flüssigkeit darin. Ausserordentlich blasse Substanz des Gehirns, sehr feucht, keine Ecchymosen oder sonstige Herdbildungen; auch Pons und Medulla zeichnen sich aus durch grosse Blässe.

Grosse Abmagerung; untere Extremität stark nach aussen gerollt; etwas Oedem der Unterschenkel, an den Oberschenkeln und Rücken blutige Imbibition.

Bauch namentlich in der Magengegend stark aufgetrieben, stark grünlich verfärbt; etwas stärker ist die Auftreibung links wie rechts. In der Bauchhöhle ziemlich viel Flüssigkeit, untermischt mit Flocken fibrinösen Materials. — Verklebung der Därme unter einander in grosser Ausdehnung; Verklebung des zu Tage liegenden, stark ausgedehnten Magens mit Netz und Leber. In der Lumbalgegend findet sich peritonitische Flüssigkeit; dann ebenso in der Beckenhöhle, fibrinöse eitrige Flocken ziemlich reichlich beigemengt; die ganze Flüssigkeit beträgt circa 1 Liter. Verklebungen links fester wie rechts. Beim Ablösen dieser Adhäsionen kommt dann ein intensiv weisses Gewebe zum Vorschein, von mässiger Derbheit, zum Theil von markigem Aussehen; längs der vasa mammaria interna links liegen drei derartige eiförmige Tumoren, offenbar Lymphdrüsen angehörig; Schnittfläche körnig; es lässt sich viel Flüssigkeit ausdrücken; drei andere Tumoren finden sich an den rechten vasa mammaria interna, während die Lymphdrüsen, die neben dem Manubrium gelegen sind, eine beginnende aber deutliche Veränderung zeigen.

Im rechten Pleurasack blassrothe Flüssigkeit, nach oben Adhäsionen. Linke Lunge total adhärent. Ziemlich starke Vergrösserung der Schilddrüse, die mässig derb ist. Im vorderen Mediastinum ist die Thymus noch wahrzunehmen, allerdings in ausserordentlich dünner Schicht, doch auf dem Schnitt noch deutlich aus dünner Substanz bestehend.

Sehr starke Vergrösserung des Herzbeutels, in demselben gegen 200 Ccm. Flüssigkeit; an dem linken Herz und zwar an der Seitenwand findet sich eine kleine Prominenz, 7 Mm. hoch, 6 Mm. dick, auf ihrem Gipfel in kleine Höcker ausgehend; das Ganze transparent, offenbar eine Cyste, die sich prall anfühlt, überzogen an der Oberfläche mit einer Serosa, in welcher Blutgefässe wahrzunehmen sind. Im linken Vorhof findet sich brüchige Speckhaut, die etwas undurchsichtig ist, rechts ebenso; in beiden Seiten geringe Quantität von rothem Material, gänzlich flüssig; auch in den grossen Gefässen speckhäutige Abscheidungen; meist aber sehr brüchig. An den Pulmonalklappen schwache Verdickung der Noduli; sonst aber am Klappenapparat etwas Pathologisches nicht wahrzunehmen. Aus den grossen Gefässen, namentlich den venösen, treten nach Herausnahme des Herzens in den Herzbeutel relativ grosse Quantitäten von geronnenen Cruormassen ein.

Zwerchfell in der linken Hälfte an der Brustwand adhärent; in den Adhäsionen keine Tumorbildungen; aus dem rechten Bronchus trübe rothe Flüssigkeit, etwas schaumig sich entleerend.

Rechte Lunge in der ganzen Ausdehnung schlaff, zeigt äusserlich und auf dem Schnitt keine hämorrhagischen Partien, allerdings aber Oedem; röthlich ödematöse Infiltration des Oberlappens; ferner in einem Ast der Theilungsstelle ein adhärenter Thrombus, in den hinteren Partien des Unterlappens keine hämorrhagische Infiltration und Verdichtung.

Der Oesophagus stark gefüllt; die Jugularlymphdrüsen links zeigen nichts Besonderes, rechts entschieden zum Theil etwas weisslich gefärbt und etwas derb, wenn auch Vergrösserung nicht zu constatiren ist.

Tonsillen ziemlich gross; Zungenfollikel kräftig entwickelt, keine Veränderung daran.

Röthliches Fluidum im Oesophagus, ebenso im Larynx und Trachea röthlicher Schleim.

In der Bauchhöhle sind die stark aufgetriebenen Dünndärme ziemlich gefüllt, dickwandig, an einer Stelle Injection der Gefässe, kleine evidente Hyperämien.

Magen, wohl am stärksten aufgetrieben, ist mit der linken Zwerchfellhälfte stark verwachsen, leicht verklebt mit der Leber; keine Perforation beim Ablösen, ebenso lässt sich nichts derartiges am Dünndarm

wahrnehmen; weiterhin zeigen die Mesenterialdrüsen weissliche Färbung, ähnlich den vorhererwähnten Tumormassen; auf der Schnittfläche derselben viel Flüssigkeit. Vergrösserung der Mesenterialdrüsen am stärksten am Ileocoecalstrang; Drüsen des Mesocolons stark vergrössert; auch in dem Peritonealüberzuge der linken Niere weissliche Knötchen; diese Knoten hören auf am Colon descendens und an der Flexura sigmoidea, finden sich nur in ganz kleiner Quantität in der Nähe des Mesocolons; ähnliche Knoten an dem Netze: nach links geht das Netz mit dem Strange, der längs der grossen Curvatur nach dem Netze zieht, eine Verwachsung ein; ferner finden sich an der Wirbelsäule links und rechts grosse Tumoren von markiger Beschaffenheit vor.

Rechte Niere sehr blass, ziemlich gross.

Duodenum stark aufgetrieben, entleert blutigen Schleim und dünne Flüssigkeit; derselbe Inhalt im Magen in ziemlicher Quantität, hier allerdings noch mit rothen Klumpen versehen. Der Fundustheil des Magens trotz der grossen Dilatation ziemlich eng, in Folge von Tumormassen; hier ein grosses Ulcus, fast den ganzen Fundus einnehmend bis zur Cardia, mit etwas umgerollten Rändern; in der Mitte brüchige, mit schwärzlichen Massen imbibirte Substanz, Pylorus nur blutig durchsetzt, sonst frei, Duodenum nach links verdrängt.

Galle dünnflüssig, blass. In der Pfortader schaumiges Blut; die portalen Lymphdrüsen etwas klein und blass. Lebergewebe blass; keine acinöse Zeichnung; Gewebe durchsichtig, blassbraun.

Sehr blasser, schwach trüber Urin. Im Rectum kleine braune Bröckel fäcaler Substanz. Harnblasenschleimhaut blass. Im Douglas'schen Raum nur fibrinöse Auflagerungen von ziemlicher Stärke. Im Becken geschwollene Lymphdrüsen, namentlich der vasa iliaca; an den Inguinaldrüsen keine evidente Veränderung.

Colon transversum enthält Schleimmassen mit kleinen Bröckeln; da, wo es mit Tumormassen zusammenhängt, nicht verändert.

Linke Niere ist gegen den Tumor adhärent mit ihrem Hilustheil, namentlich aber die obere Spitze; in letzter Partie dringt Tumormasse durch die Kapsel hindurch, die sich hier noch abheben lässt; alsdann findet sich aber ein starker Eindruck vorn an der Niere, in welchem Tumormasse ausgebildet ist, und namentlich geht auch durch das Bindegewebe Tumormasse bis auf Marksubstanz fort. Weiterhin in der Milz vorn an einer Stelle die Wand durch Tumorgewebe perforirt.

Linke Lunge sehr schlaff, ziemlich ödematös, sonst nichts Besonderes.

Im Mediastinum posticum einige Drüsen mit spärlicher Veränderung. Unter dem verwachsenen Zwerchfelle links grosse Höhle mit Luft gefüllt, an Stelle der Milz gelegen, wie der Durchschnitt lehrt; nach aussen wird diese Höhle begrenzt durch Bindegewebe, nach oben und unten durch Milzsubstanz, die untere Partie 30 Mm., die obere 25 Mm. lang, eine röthliche Substanz, welche wie gewöhnliches Milzgewebe aussieht; als abnorm darin nur kleine schwarze ramificirte Striche und Punkte, die bekannten Pigmentirungen. An Stelle des mittleren Gewebes ist eine stark zerklüftete, brüchige Substanz, die leicht in Fetzen auseinandergeht, im Innern grünliche Streifen darbietet; es isolirt sich daraus ein grösserer Bröckel, offenbar ulcerirte Milzsubstanz; derselbe hat eine röthlichgraue Farbe, in diesem herausmacerirte Trabekel und Gefässe in der bekannten Anordnung der Milzgefässe.

Pankreasgewebe ist bis auf Kopf und Schwanztheil ganz von Tumormassen eingehüllt; die Massen gehen in die Substanz herein; Kopf und Schwanztheil frei.

Im Dünndarm schwarzröthliche Flüssigkeit, ausserdem Ascariden; im untern Theile kommen dickere Klumpen darin vor; sehr starke Cya-

nose der Zotten, schwach blutige Imbibition im untern Theile. Im Ileum beides bedeutend geringer, im Coecum sind Trichocephalen und blutiger Schleim.

Oberhalb des obern Milzendes, entsprechend dem vordern Rande, namentlich auch an dem untern Milzende finden sich grosse Tumormassen, das Zwerchfell emporhebend, nach dem Magen sich fortsetzend, 32 Mm. dick. An dem Cardiatheil tritt Tumormasse zu Tage, die ganze Magenwand durchsetzend; die kleine Curvatur ganz eingenommen von Tumormassen, die sich in kleine Knoten auflösen lassen, von differenter Beschaffenheit; Stellen, in denen die Substanz fast käsig ist.

Die Lumballymphdrüsen sind zum Theil zu mächtigen, glatten Tumoren angeschwollen, im Allgemeinen von weisslicher Farbe; in einer Lumbaldrüse allerdings eine eiterige Erweichung vorhanden.

In der Vena cava, ebenso in der Aorta keine specifische Veränderung, keine Thromben; dagegen in einer Nierenvene ein kleiner rother Thrombus. Inguinaldrüsen am linken Oberschenkel erscheinen stark anämisch. Vena saphena enthält noch flüssiges Blut. In der Mitte der Vena cruralis ein Gerinnsel, offenbar klappenständig, 70 Mm. lang, Zipfel glatt, im klappenständigen Theile erweicht. Die Lymphdrüse der Kniekehle feucht, gross, hat aber nicht die charakteristische Färbung der Tumormassen. In der Vena poplitea Thromben, namentlich in den Muskelästen. In der Arteria poplitea auch in dem untern Theile der femoralis ein Gerinnsel, hie und da locker adhärirend.

Die mikroskopische Untersuchung, die wir an erhärteten Stückchen des Tumors anstellten, ergab, dass es sich um einen Encephaloidkrebs handelte. Es zeigten sich reichliche kernhaltige runde Zellen, die meist in kleinen unregelmässigen Lücken des Stromas lagen; letzteres glich an einzelnen Stellen gewöhnlichem Bindegewebe, während es an andern mehr reticulär war.

Epikrise.

Dass dieser Fall eine Seltenheit in diesem Lebensalter ist, bewiesen uns schon die Thatsachen, die wir in der Einleitung angaben.

Wir sehen, dass es sich um einen primären Magenkrebs handelt, der aber während des Lebens so durch den secundären Milzkrebs in den Hintergrund gestellt wurde, dass man nur dann an denselben hätte denken können, als sich das für den Magenkrebs charakteristische Erbrechen blutig schwarzer, kaffeesatzähnlicher Massen einstellte.

Fassen wir zuerst das klinische Bild etwas näher ins Auge und, kritisch verfahrend, suchen wir den Beweis zu liefern, dass die ante mortem gestellte Diagnose eines primären Milzkrebses aufrecht zu halten ist.

Zu diesem Zwecke recapituliren wir in Kurzem die einzelnen wichtigsten Symptome:

1) Ein Tumor in abdomine. Vom linken Hypochondrium ausgehend, überschreitet er den Rippenbogen, und rückt bis fast zur Medianlinie gegen den Nabel zu. Derselbe ist von

glatter Oberfläche, sowohl spontan als bei Druck schmerzhaft, und bei tieferer Palpation steigert sich die Schmerzhaftigkeit derart, dass der Patient laut aufschreit, und noch geraume Zeit nachher vor Schmerzen laut jammert.

2) Die Schmerzen treten vorzugsweise im linken Hypochondrium und im Bereich des Tumors auf: dieselben sind fast beständig vorhanden, setzen nur höchst selten aus und haben einen lancinirenden bohrenden Charakter; Nachts sind sie am heftigsten und lassen den Patienten nicht zur Ruhe kommen.

3) Appetitlosigkeit, welche seit Beginn der Krankheit, also seit Anfangs März besteht.

4) Erbrechen der genossenen Speisen ohne blutige oder sonstige Beimengungen. Dasselbe trat 17 Tage vor dem Tode zum ersten Male auf, wiederholte sich nur 3 Male, und drei Stunden vor dem Exithus lethalis kam es zu beträchtlicher Hämatemesis, die zum rapiden Collaps führte.

5) Schneller Verfall der Kräfte, hochgradige Abmagerung, ausgesprochene Cachexie.

6) Geringe pleuritische Exsudation in den unteren Partien der linken Thoraxhälfte.

7) Dyspnoische Anfälle, die einige Tage vor dem Tode eintraten und sich mehrmals wiederholten.

8) Vermehrung der farblosen Blutkörperchen.

9) Unregelmässiges remittirendes Fieber, das während der ganzen Krankheitsdauer in wechselnder Intensität beobachtet wurde. Damit in Einklang steht die Pulsfrequenz, welche durchschnittlich 124—148 beträgt.

10) Die Dauer der Krankheit, soweit es die mangelhafte Anamnese eruiren lässt, kann auf circa $3^1/_2$ Monate geschätzt werden.

Das zunächst ins Auge fallende Symptom ist bei der ausgesprochenen Kachexie die Prominenz auf der linken Seite des Abdomens dicht unterhalb der Rippen, die sich schon bei flüchtiger Untersuchung als schmerzhafter Tumor erkennen lässt.

Berücksichtigen wir den eben kurz zusammengefassten Symptomencomplex, so wirft sich uns die Frage auf: 1) entspricht der Tumor einer Erkrankung der Milz? und 2) mit welcher Erkrankung haben wir es zu thun?

Am leichtesten könnte wohl bei der Localisation des Tumors eine Verwechselung mit einem Nierentumor stattfinden. Dagegen spricht allerdings das normale Verhalten des Urins, es bestand weder Albuminurie, noch konnte die mikroskopische Untersuchung morphotische Bestandtheile aus den Nieren nachweisen, und die Lage des Darms musste überdies

eine derartige Annahme ebenfalls zurückweisen. Während gewöhnlich beim Nierentumor der Darm vor demselben sowohl durch die Percussion als durch die Palpation zu finden ist, so liegt er beim Milztumor stets hinter ihm. Ausserdem sprach die Configuration des Tumors, der mit der Spitze von hinten und oben nach vorn und einwärts gegen den Nabel gerichtet war, entschieden dafür, dass es sich um einen Milztumor handelte.

Vergegenwärtigen wir uns die zahlreichen Ursachen der Milztumoren, so sehen wir von vornherein, dass in unserem Falle die meisten ätiologischen Momente fortfallen, die sonst in Beziehung zu Milzvergrösserungen gebracht werden.

Es fehlen: I. Die Ursachen, nach denen sich acute Milztumoren entwickeln. Infectionskrankheiten, embolische wie pyämische Processe konnten mit Sicherheit beim Mangel aller bezüglichen Symptome ausgeschlossen werden, und ebenso existirten keine anderweitigen Erkrankungen des Herzens und der Leber, in deren Verlauf es öfters zur acuten Vergrösserung der Milz kommt.

II. Die Ursachen der chronisch verlaufenden Milztumoren, so Pseudoleukämie, amyloide Degeneration, Syphilis. In unserem Falle handelte es sich um einen acuten Verlauf, es bestand von Beginn der Krankheit, wenigstens so lange der Patient in der Kinderklinik war, remittirendes Fieber; der Kranke wurde Tag und Nacht von heftigen lancinirenden Schmerzen in der linken Seite geplagt, und es entwickelte sich ganz rapid eine ausgesprochene Kachexie.

Unter den sonstigen Erkrankungen der Milz wären noch die Leukämie, die Tuberkulose, der Echinococcus, endlich das Carcinom in Betracht zu ziehen.

Für eine lienale Leukämie würde in unserem Falle die Vergrösserung der Milz und die Vermehrung der farblosen Blutkörperchen sprechen. Zur Erklärung des Verfalls der Kräfte, der stechenden Schmerzen im linken Hypochondrium und über dem Tumor, und der Fiebererscheinungen müssten wir allerdings eventuell hinzutretende Complicationen annehmen, und zwar könnten dabei zwei Momente angeführt werden:

1) Ein Trauma, wie der von Mosler[1]) mitgetheilte Fall beweist. Es handelte sich um einen 16jährigen Knaben, der nach einem Sturz auf die leukämische Milz intensive Schmerzen empfand und zu Grunde ging. Post mortem konnte man perisplenitische Entzündungen constatiren.

2) Entzündliche irritative Processe (Mosler), „welche öfters stossweise Vergrösserungen leukämischer Milzen begleiten".

1) Ziemssen's Handbuch, Bd. VIII.

So berichtet Mosler über einen Fall, wo längere Zeit andauerndes Fieber verbunden mit heftigen stechenden Schmerzen im linken Hypochondrium und deutliche Zunahme der Milzgeschwulst bestand. Die Section erwies verbreitete entzündliche Processe in der Milz.

Die Annahme, dass es sich um eine leukämische Milz, die eventuell einem Trauma ausgesetzt war, handelte, muss man fallen lassen, da keine bezüglichen anamnestischen Momente bestehen.

In unserem Falle lag es aber nahe, bei der acuten auftretenden Schmerzhaftigkeit der Milzgegend, zumal während der ganzen Zeit der Beobachtung ein remittirendes Fieber bestand, an einen entzündlichen Process der Milz respective der Milzkapsel zu denken. Auffallend war es jedoch, dass der Patient in kurzer Zeit abnorm verfiel und sich eine Kachexie entwickelte, wie sie eigentlich nur bei malignen Tumoren vorzukommen pflegt. Diese Kachexie konnte man um so eher in Abhängigkeit bringen von dem im linken Hypochondrium befindlichen Tumor, da die sonstige aufs genaueste vorgenommene Untersuchung des Patienten nur negative Resultate ergab.

Lienale Leukämie würde überhaupt zu verwerfen sein, da die Zahl der vermehrten farblosen Blutkörperchen (20 auf dem Gesichtsfelde) der gewöhnlich vorzufindenden (1 : 20 nach Magnus [1]), nicht entspricht; ausserdem fand man bei der ophthalmoskopischen Untersuchung nicht die für die Leukämie charakteristischen Veränderungen des Augenhintergrundes.

Der Milzechinococcus für sich allein oder gleichzeitig mit Bildung von Blasen in den anderen Organen ist eine grosse Seltenheit (Mosler). Ausser den meist geringen Drucksymptomen verläuft derselbe ohne grössere Beschwerden. Wenn es zu Vereiterungen der Echinococcusblasen kommt und Schüttelfröste mit intermittirendem Fieber auftreten, dürfte die Diagnose manche Schwierigkeiten bereiten. Als differenzirendes Moment möchten wir etwa hervorheben, dass die Kachexie sich in unserem Falle rapid entwickelte, und dass von Beginn der Erkrankung sehr heftige stechende Schmerzen der linken Seite bestanden, die sonst bei Echinococcus nicht vorzukommen scheinen.

Tuberculose der Milz ist mit gleichzeitiger Tuberculose anderer Organe ein im kindlichen Alter ziemlich häufiges Vorkommen. Dagegen würde in unserem Falle das Fehlen jeglicher tuberculöser Erscheinungen in der Lunge, in den Meningen, im Darm etc. sprechen. Ferner mag hervorgehoben

1) Siehe Mosler (Ziemssen's Handbuch der spec. Path. u. Therap.).

werden, dass es bei der Tuberculose der Milz kaum zu erheblichen Vergrösserungen des Organs kommt (Birch-Hirchfeld[1]), Niemeyer u. a.) und dass dabei intensive lancinirende Schmerzen nicht beobachtet werden.

Nachdem wir in dem Vorstehenden die Krankheiten, welche eventuell bei der Differentialdiagnose in Betracht kämen, ausgeschlossen haben, bietet sich uns ein Krankheitsbild dar, das wir als Carcinom der Milz acceptiren können. Wohl existiren in der Literatur für Kinderheilkunde keine hierauf bezüglichen Fälle, doch lässt sich aus dem Symptomencomplex dieser Krankheit bei Erwachsenen wohl ein Rückschluss auf dieselbe Erkrankung bei Kindern annähernd ziehen.

Wenn auch ältere Schriftsteller (Bonet[2]) etc.) verhältnissmässig häufig von Scirrhus in der Milz reden, und noch Haasbauer[3]) denselben als nicht selten bezeichnet, so beruhen diese Angaben auf Verwechselungen mit chronischen Milztumoren (Köhler). Nach den Erfahrungen nämlich der beschäftigtsten und genauen Anatomo-Pathologen der ersten Jahrzehnte unseres Jahrhunderts, ersehen wir, dass der Milzkrebs gerade etwas ausserordentlich seltenes ist.

Sagt doch Cruveilhier[4]): „Rien de plus rare. Ainsi, tandisque le foie, soit primitivement, soit consécutivement, est si souvent le siège de masses cancéreuses disséminées, la rate n'en présente jamais ou presque jamais dans les mêmes conditions. Je ne crois pas avoir rencontré de tubercules cancéreux ou tumeurs cancéreuses de la rate, même dans le cas où l'infection était la plus générale".

Dennoch wurden von verschiedenen Beobachtern secundäre Milzkrebse beobachtet (Lebert[5]), Heyfelder[6]), Andral[7]) etc.).

„Quant au cancer," sagt Lebert, „il est rarement primitif dans la rate; pour nostre compte, nous ne l'y avons jamais rencontré, nous n'y avons vu que le cancer secondaire, dû à l'infection générale ou à la propagation d'un cancer de la portion splénique de l'estomac".

Ferner citirt Lebert den bis jetzt ihm nur einzigen bekannten Fall eines primären Milzkrebses, der von Halla[8]) beobachtet wurde.

---

1) Handbuch d. Kinderkrankheiten v. Gerhardt, Bd. III.
2) Theophili Boneti sepulchretum, Lyon 1700.
3) Pract. Bemerkg. über die vorzüglichen Krankh. der Milz in österr. med. Jahrb. Bd. VI. 1834.
4) Traité d'anatomie patholog. Tom. II.
5) Traité d'anat. path. générale et spéciale. Tom. II.
6) Studien im Gebiete der Heilwissenschaft. 1838.
7) Clinique médicale. T. II. 1839.
8) Halla, Prager Viertelj. 1844.

Obgleich Marc d'Espine[1]), Virchow[2]), Sibley[3]), Uhle und Wagner[4]) u. a. in ihren Tabellen über die Häufigkeit des Vorkommens primärer Krebse in den Organen die Milz nicht erwähnen, so wurden ausser dem Falle Halla's noch mehrere beobachtet.

Bei der Durchmusterung der Literatur konnten wir 8 beschriebene Fälle primärer Milzkrebse auffinden. Es ist daher kein Wunder, dass in den Werken über Milzkrankheiten derselbe nur erwähnt, eine Symptomatologie aber nicht aufgestellt wurde. Zwei Momente nämlich erschwerten hauptsächlich deren Ausführung: 1) die Seltenheit der Erkrankung, 2) die spärlichen klinischen Daten, welche von den einzelnen Beobachtern angegeben wurden.

Grasset[5]) war der erste, der es versuchte, mit Hülfe eines von ihm selbst beobachteten Falles und mit den bis zu seiner Zeit bekannten 4 Fällen eine Symptomatologie aufzustellen.

Es scheint uns nicht unnütz alle 8 Fälle in Kurzem anzugeben, um danach einen Vergleich zwischen deren Symptomen und denen in unserem Falle zu ziehen:

I. Fall von Halla[6]): 50jähriger Mann. Aetiologie: erlittene heftige Gemüthsbewegungen in Verbindung mit einem Diätfehler; seitdem trübe melancholische Stimmung, Appetitlosigkeit, rasche Entfärbung der Haut ins Blasse, Schmutziggelbe; innerhalb dreier Monate zunehmende Hinfälligkeit und hochgradige Anämie; kein nachweisbarer Milztumor, noch Schmerzhaftigkeit bei Druck auf das linke Hypochondrium; zuletzt qualvolles Schluchzen. — Section: die ums Doppelte vergrösserte Milz enthält einen faustgrossen erweichten Markschwamm.

II. Fall von Günsburg[7]): 43jährige Frau: Milztumor mit harter und unebener Oberfläche; gleichmässige Dämpfung im ganzen Umfange der Milzgeschwulst; furchtbare lancinirende Schmerzen im linken Hypochondrium und über dem Milztumor, von einer Heftigkeit, welche die Nachtruhe raubte — Pulsfrequenz.

Schnellerer Verfall der Kräfte im Vergleich mit anderen Carcinomen. — Section: Milz 8 Pfund wiegend, das ganze linke Hypochondrium einnehmend; zahlreiche krebsige Knoten durchsetzen also das Organ, dass vom normalen Milzgewebe fast nichts mehr zu sehen ist. Ausser den Lymphdrüsen längs der Aorta, und um den Pankreas nichts Pathologisches in den anderen Organen. — Mikroskopisch: Medullarcarcinom.

III. Fall von Barth[8]): 59jährige Frau. Er wurde nur post mortem bei der Section constatirt: die Milz ist stark vergrössert, mit ziemlich grossen krebsigen Knoten vollkommen vollgepfropft.

IV. Fall von Brown[9]): 60jähriger Mann. Ausser Anfällen von intermittirendem Fieber, wurde kein anderes Symptom ante mortem beobachtet. — Section: Encephaloidkrebs der vergrösserten Milz. Keine sonstigen Veränderungen in den anderen Organen.

V. Fall von Grasset[10]): 46jähriger Mann: Während des Aufenthaltes im Spital: Marasmus — blutige Stühle — reichliches und oft sich

1) L. c. 2) L. c. 3) Siehe Lange: Ueber Magenkrebs u. seine Metastasen. 4) Handb. d. path. Anat. 5) Montpellier médicale. 1873. 6) L. c. 7) Zeitschrift. f. clin. Medicin 1854. 8) Diction. des sciences, médicales, V. Rate. 9) New-York Med. Record 1870. 10) L. c.

wiederholendes Nasenbluten — erdfahle Hautfarbe, mit einem Stich ins Gelbliche. — Oedem der Unterextremitäten. — Heftige Schmerzen im ganzen Leib, hauptsächlich aber im linken Hypochondrium; dieselben steigern sich sofort bei der Palpation, so dass eine tiefere Untersuchung des Leibes unmöglich ist. Abdomen aufgetrieben — Dämpfung der linken Hypochondriumgegend — Percussion schmerzhaft. — Section: Grosser Milztumor mit zahlreichen encephaloidkrebsigen Knoten durchsetzt. — Perisplenitis — Ascites. — In den anderen Organen keine Veränderungen.

VI. Fall von Mosler[1]): 45jähriger Mann: Zuerst wegen Bronchiectasien behandelt, entwickelt sich ohne genaue Ursache: ein hochgradiger sehr derber Milztumor, auf dessen Oberfläche während des Lebens Höcker nicht zu entdecken waren; sehr rascher Verfall der Kräfte — Icterus — Ascites. — Section: Milz vergrössert; auf ihrer Oberfläche scharf markirte hellgelbe Einsprengungen bis zu Thalergrösse; die Knoten consistenter als das Milzparenchym. Auf dem Durchschnitt waren dieselben rund oft zackig in das Parenchym eingreifend von hellgelblichrother Farbe.

VII. Fall von Baccelli[2]): von Mosler citirt ohne nähere Angaben.

VIII. Fall von Affre et Moutard-Martin[3]): 51jähriger Mann. — Anamnese: seit einigen Monaten krank, und seit dieser Zeit schneller Verfall der Kräfte. Im Anfang mehrmaliges Blutbrechen — Dyspepsis — Diarrhöen mit Obstipation abwechselnd. — Seit dem Eintritt ins Spital: täglich zunehmende Cachexie — Abdomen aufgetrieben — Dämpfung in dem Epigastrium und um den Nabel. — Bei der Palpation tritt ein ganz besonders teigiges Gefühl auf. — Section: Vergrösserte Milz ohne Höcker; zahlreiche krebsige Knoten im Milzparenchym. — Nichte Pathologisches in den anderen Organen.

Vergleichen wir nun die Symptome in unserem Falle mit denen der eben citirten Beobachtungen:

1) Milztumor: Während allerdings nur Günsburg, Grasset, Mosler, Affre et Moutard den Tumor constatirten, sei es durch Palpation, sei es durch Percussion, so geht uns doch aus den Sectionsbefunden hervor, dass derselbe stets vorhanden war.

Die als charakteristisch für Milzkrebse sowohl von Niemeyer[4]), Bamberger[5]), Mosler, als von Günzburg und Grasset constatirte höckerige Geschwulst, würde allerdings nicht in unserem Fall stimmen; jedoch können wir uns auf den Fall Mosler's stützen, der ebenfalls eine glatte Oberfläche seines Tumors constatirte, und ausserdem auf Köhlers (l. c.) Ausspruch: „Die Oberfläche der Geschwulst (Milz) zeigt sich beim Krebse keineswegs in allen solchen Fällen uneben, höckerig und von stellenweise verschiedener Consistenz, indem das Hervorragen des Krebsknollen an der Oberfläche nicht allgemein vorkommt".

2) Schmerzen: gerade die lancinirenden stechenden Schmerzen, welche oft durch ihre Intensität die Nachtruhe raubten, stimmten mit den am besten beobachteten Angaben Günsburg's und Grasset's „Dem Schmerze bei Milzkrebs scheint die höchste Ausdauer zuzukommen" fügt noch Günsburg hinzu.

3) Verfall der Kräfte: gerade der schnelle Verfall ver-

1) L. c. 2) Die Presse médicale konnten wir nicht erhalten. 3) Bulletins de la Société de médecine Paris 1877. 4) Specielle Pathologie und Therapie. 5) Handbuch der speciellen Path. u. Therapie.

bunden mit der Krebscachexie geben fast alle Beobachter als auffallendes Merkmal an (Halla, Günsburg, Mosler, Affre et Moutard). Nach Günsburg ist es auch vorzugsweise der rapide Verfall der Kräfte im Vergleich zu Carcinomen anderer Organe, der bei der Diagnose in die Wagschaale fällt.

Halla allein gibt eine bestimmte Zeitdauer an, welche gerade mit der unsrigen stimmen würde, nämlich $3\frac{1}{2}$ Monate.

4) Fieber: Ausser der Beobachtung Brown's, der intermittirendes Fieber beobachtete, existiren keine bestimmten hierauf bezüglichen Angaben. Der einzige Autor, der ebenfalls von intermittirendem Fieber spricht, ist Ribes.[1]) Seine Angaben stützen sich jedoch auf keinen citirten Fall. Der Fieberverlauf in unserem Falle würde allerdings mit der grössten Anzahl der Beobachtungen nicht im Einklang stehen. Doch möchten wir besonders betonen, dass ulcerativer Verfall des Tumors bisweilen die Entstehung des Fiebers erklärt. Hinsichtlich der Pulsfrequenz stimmt unsere Beobachtung mit der von Günsburg überein. Der Puls war stets beschleunigt, er schwankte zwischen 124—144 in der Minute.

Unter den übrigen Symptomen erforderten die Vermehrung der farblosen Blutkörperchen, die linkseitige Pleuritis, die dyspnoetischen Anfälle, die Appetitlosigkeit und das Erbrechen noch eine besondere Besprechung.

Wir sahen im Vorhergehenden, dass die Vermehrung der farblosen Blutkörperchen in unserem Falle nicht mit der sonst bei der Leukämie hochgradigen Vermehrung im Einklang steht. Es würde sich demnach um eine Leucocytose, eventuell um eine Anaemia splenica (Mosler) handeln.

Es ist bekannt, dass sich im Verlauf von Milzerkrankungen pleuritische Exsudationen in der linken Pleurahöhle (Bamberger, Tardieu[2]) u. a.) entwickeln. Wir glauben auch in unserem Falle, wo wir von Beginn der Beobachtung unseres Patienten im Spital eine linksseitige Pleuritis mit den charakteristischen Symptomen constatiren konnten, den Milztumor als Ausgangspunkt der entzündlichen Exsudation ins Cavum pleurae annehmen zu dürfen.

Die dyspnoetischen Erscheinungen, welche namentlich gegen das Ende hin in excessiver Weise auftraten, und die sich zuweilen zu orthopnoetischen Anfällen steigerten, dürften ihre Ursache in der abnormen Schmerzhaftigkeit im linken Hypochondrium speciell im Tumor finden, da derselbe bei tieferen Inspirationen einem stärkeren Drucke ausgesetzt war. Die zunehmende Anämie ist sodann ein fernerer Grund der beschleunigten Respiration, und der Lufthunger muss zu

1) Art. Rate, in Diction. en 60 volumes. 2) Presse médicale 1873.

vermehrter Respirationsfrequenz beitragen; eine ausgiebige Expansion der Lunge kann aber bei den abnormen Schmerzen niemals zu Stande kommen, und die Athemnoth wird sich somit bei zunehmender Kachexie von Tag zu Tag mehr steigern.

Die Appetitlosigkeit bei unserem Kranken findet zunächst leicht eine Erklärung darin, dass der Patient wochenlang fieberte. Andererseits ist es bekannt, dass Milztumoren, ganz gleich welcher Art, gleichzeitig mit chronischem Magencatarrhe complicirt sind. — Auch das Erbrechen, welches zuweilen im Verlauf der Krankheit (3mal wurde es beobachtet) auftrat, konnte eine genügende Erklärung in dem complicirenden chronischen Magencatarrhe finden, zumal keine Schmerzhaftigkeit in der Magengegend guterdings eine entzündliche Affection dieses Organs ausschliessen liess. Erst mit dem Auftreten der Hämatemesis trat die Frage an uns heran, ob es sich nicht etwa um ulcerative Processe in der Magenschleimhaut handelte. Freilich liess das relativ geringe Erbrechen im ganzen Verlauf der Erkrankung bei dieser Annahme immer noch gewisse Zweifel aufkommen, und es konnte die Frage aufgeworfen werden ob nicht in der Erkrankung der Milz und der davon abhängigen Kachexie eine Ursache für die Magenblutung angenommen werden konnte.

Es ist bekannt, dass bei cachektischen Zuständen und bei zunehmender Anämie und Hydrämie mannigfache Blutungen auftreten, und Grasset macht speciell auf die Disposition zu Hämorrhagieen im Verlauf vom Carcinom der Milz aufmerksam.

Hiermit würden noch in Uebereinstimmung stehen die von Bamberger mitgetheilten Beobachtungen, wo nach Milzexstirpationen verschiedene Hämorrhagieen auftraten. Mit Sicherheit liess sich während des Lebens nicht entscheiden, wodurch die Blutungen bedingt waren, und erst die Autopsie konnte uns darüber Aufschluss geben.

Am Ende der clinischen Besprechung unseres Falles angelangt, glauben wir genügend bewiesen zu haben, dass, nach Ausschluss aller Krankheiten, die bei der Differentialdiagnose in Betracht kämen, unser Krankheitsbild entschieden mit dem Bilde eines primiären Krebses der Milz übereinstimmt, wie wir es uns aus den bis jetzt beobachteten Fällen aufwerfen konnten. Somit würde auch die ante mortem gestellte Diagnose eines primären Milzkrebses gerechtfertigt werden.

Kehren wir aber zu den Sectionsergebnissen zurück, so ist dieselbe nicht mehr haltbar. Die Ursache der eingetretenen Hämatemesis wird uns aber in prägnantester Weise dargethan.

Wir sehen nämlich, dass es sich um einen ulcerirten Encephaloidkrebs des fundus ventriculi, der in die Milz perforirt ist, und sie fast vollständig zerstörte, handelt. — Das interessanteste

dabei ist das krebsige beinahe vollkommen runde Geschwür, welches in einer Ausdehnung von circa 4,5 Cm. im Durchmesser den grössten Theil des Fundus einnahm, und in Communication stand mit einer Höhle, die circa 9 Cm. lang und 5 Cm. breit war, und der Lage nach der Milz entsprach; für letztere sprach ausserdem noch der Befund normalen Milzgewebes am oberen und unteren Theil der Höhle.

Das rapide Wachsthum des Krebses, welches ausser der mikroskopischen und makroskopischen Beschaffenheit der Tumormassen für Encephaloidkrebs spricht, liess sich kennzeichnen durch die Verwachsungen, die ausser der Milz mit der grossen und theilweise der kleinen Curvatur des Magens bestanden; so finden wir mit der letzteren das Zwerchfell, mit der ersteren den oberen Theil der linken Niere, das Quercolon, den Pankreas durch meist ziemlich grosse Tumormassen verwachsen. Ferner finden wir eine krebsige Infiltration der Magenwandungen in der kleinen Curvatur und Tumormassen um den Cardiatheil des Magens jedoch ohne bestehende Verengerung des Ostiums.

Haben wir schon im Vorhergehenden gesehen, dass der primäre Milzkrebs recht selten ist, so wird ebenfalls der secundäre Milzkrebs von einem primären Magenkrebse aus nicht gar zu häufig beobachtet. Dafür sprechen sowohl die geringe Summe der beschriebenen Fälle als die aus den Statistiken entnommene schwache Procentzahl. So finden wir bei Brinton[1]) auf 431 Fälle nur 3 Fälle, nach Ott (l. c.) unter 216 Fällen keinen Fall, nach Förster[2]) auf 639 Fälle nur einen Fall, bei Lange (l. c.) auf 210 Fälle 7 Fälle! Daraus liesse sich eine Procentzahl von circa 0,9% ziehen.

Es könnte wohl die Frage aufgeworfen werden, weswegen der secundäre Milzkrebs bei Magenkrebs so selten vorkommt? Wir glauben, dass die Ursache darin zu finden ist, dass der Milzkrebs nur durch directe Ueberwucherung entsteht und dass die letztere vom Sitz des Krebses im Fundustheil des Magens abhängt.

Die Verbreitung der Metastasen in der Milz von einem Magenkrebse findet nur auf zwei Wegen statt, 1) durch die Lymphgefässe, 2) durch directe Ueberwucherung.

Hinsichtlich der Verbreitung des Krebses durch die Lymphgefässe liegt es nahe anzunehmen dass es zu Milzcarcinomen erst kommt, wenn eine allgemeine Carcinose vorhanden ist, eine Stütze dieser Ansicht liegt in der bekannten Thatsache dass bei Krebs am Pylorus oder an allen anderen Theilen des Magens, mit Ausnahme des Fundus, Milzcarcinom bisher so weit uns bekannt nicht beobachtet wurde. Die von uns auf-

1) Krankheiten des Magens 1842. 2) Prager Vierteljahrschrift.

gefundenen Fälle (Lebert[1]), Moneret[2]), Frerichs[3]), Günsburg etc.) traten stets bei Carcinom des Fundus ventriculi auf und man muss hier entschieden ein directes Uebergreifen der carcinomatösen Processe auf die Milz annehmen.

Endlich wissen wir dass der Magengrund gerade am seltesten der Sitz des Magenkrebses ist, wie aus den Tabellen von Lebert[4]), Dittrich[5]) und Louis[6]), und aus der Annahme der verschiedensten Autoren wie Brinton[7]), Ebstein[8]), Ott[9]), Riechert[10]) u. s. w. hervorgeht.

Es wäre in der That interessant grössere Zahlen zu haben, um diese von uns dargelegten Auffassungen durch weitere Thatsachen bekräftigen zu können.

Es bliebe nun noch übrig eine Erklärung der bei den hochgradigen Zerstörungen der Magenschleimhaut während des Lebens fehlenden Symptome.

Das Erbrechen am 14. Mai könnten wir auf den beginnenden Zerfall des Carcinoms zurückführen; wie es aber kam, dass wiederum 8 Tage vergingen, ehe das Erbrechen sich wiederholte, und im Verlauf von drei Wochen dasselbe nur dreimal beobachtet wurde, lässt sich nur schwer erklären, und könnte man hiefür nur Hypothesen aufstellen, gegen die mancherlei einzuwenden wäre.

Aus dem Vorstehenden glauben wir uns zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt:

I. Der Magenkrebs wird in jedem Lebensalter beobachtet.

II. Es handelt sich in unserem Falle um einen Krebs des Fundus ventriculi, der im Verlaufe der Erkrankung die Milz mitergriffen und dieselbe zum grössten Theil zerstört hat. — Nach genauer Durchmusterung der Literatur ergibt sich, dass der vorher beschriebene Fall der erste im kindlichen Alter beobachtete ist, in welchem es beim Magenkrebs zur Entwicklung von Carcinom der Milz kam.

III. Die Symptome von Seiten des Magens können, wie wir gesehen haben, bei dieser Combination so in den Hintergrund treten, dass während des Leben seine sichere Diagnose auf Magencarcinom nicht gestellt werden kann, und der Symptomencomplex von Seiten der Milz das ganze Krankheitsbild beherrscht.

Am Schlusse unserer Arbeit sei es uns gestattet, Herrn Professor Dr. Kohts für seine freundliche Unterstützung unseren aufrichtigsten Dank auszusprechen.

---

1) Traité d'anat. path. 2) Compendium des sciences médicales Art. Rate. 3) Krankheiten der Leber. 4) L. c. 5) L. c. 6) Siehe Valleix: Guide pratique du médecin. Bd. II. S. 597. 7) l. c. 8) Sammlung klin. Vort. von Volkmann 1875. N. 83. 9) l. c. 10) l. c.